

# LA SORVEGLIANZA SANITARIA NEL TESTO UNICO SULLA SICUREZZA ITALIANO

*Roberta Bortone\**

## RIASSUNTO

Il diritto dell'Unione Europea ed il diritto italiano in tema di sicurezza sul lavoro obbligano i datori di lavoro a sottoporre a "sorveglianza sanitaria" i lavoratori esposti a particolari situazioni di rischio.

In Italia il Decreto Legislativo n. 81 del 2008 "Testo Unico sulla sicurezza" – che raccoglie e perfeziona tutta la normativa precedente in materia - definisce i requisiti professionali di cui devono essere in possesso i medici cui gli imprenditori possono affidare tale sorveglianza, al fine di proteggere in modo adeguato la salute dei lavoratori e di prevenire l'insorgere di malattie causate dall'esposizione agli agenti di rischio.

**PAROLE CHIAVE:** Sicurezza sul lavoro. Sorveglianza sanitaria. Salute dei lavoratori.

**1. Il medico competente.** Uno dei cardini della tutela della salute dei lavoratori è rappresentato dalla sorveglianza sanitaria, cioè dall'obbligo del datore di lavoro di tener sotto controllo lo stato di salute dei lavoratori esposti a determinati rischi, attraverso il ricorso a medici in possesso di particolare qualificazione e generalmente definiti "medici competenti".

Già nel 1994 il d. lgs. n. 626 era intervenuto a ridefinire la figura e le funzioni del medico competente, con disposizioni che

---

\* Docente di Diritto del Lavoro presso la facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione. Università degli Studi di Roma "La Sapienza". E-mail: roberta.bortone@fastwebnet.it

tendevano a riordinare il quadro normativo preesistente, fonte di dubbi interpretativi soprattutto a causa del succedersi di differenti interventi legislativi.

Infatti, l'art. 33 del d.p.r. 19 marzo 1956, n. 303 in tema di igiene del lavoro aveva affidato ad un "medico competente" il compito di effettuare visite mediche preventive e periodiche per l'accertamento dello stato di salute dei lavoratori addetti a particolari lavorazioni ritenute potenzialmente nocive<sup>1</sup>, senza fornire indicazioni per individuare tale figura. Così, mentre si poneva a carico del datore di lavoro l'obbligo di sottoporre a sorveglianza sanitaria i lavoratori addetti a tali lavorazioni, si lasciava alla discrezionalità dell'imprenditore l'individuazione del medico competente.

A questa normativa si è aggiunto l'art. 5 della L. 20 maggio 1970, n. 300, che ha demandato alle strutture pubbliche il controllo sull'idoneità fisica dei lavoratori ed a questo è seguito l'art. 14 della L. 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale, il quale ha attribuito alle unità sanitarie locali la competenza in tema di igiene del lavoro e di prevenzione di infortuni e malattie professionali precedentemente assegnata agli ispettorati del lavoro.

Con la sovrapposizione di questi interventi si era proceduto ad una distinzione tra gli accertamenti sanitari cui il datore di lavoro è obbligatoriamente tenuto e che restavano di competenza del "medico competente", e quelli disposti discrezionalmente dallo stesso datore (e di solito svolti a tutela di suoi interessi), demandati a medici delle strutture pubbliche; si era anzi giunti ad affermare, al riguardo, che la figura del medico "non poteva dirsi determinata *una tantum*, ma andava accertata in relazione agli ambiti di applicazione dei singoli provvedimenti di legge volta per volta considerati"<sup>2</sup>. Tuttavia, quel

---

<sup>1</sup> La tabella di queste lavorazioni era allegata allo stesso decreto. Peraltro a quelle lavorazioni se ne sono aggiunte altre, individuate con successivi interventi, tra i quali va anche compreso lo stesso D. lgs. n. 626. Cfr. sul punto BRIGNONE A., *La sorveglianza sanitaria dopo il D. lgs. n. 626/1994*, in *DPL*, 1995, 1473 ss.

<sup>2</sup> BASENGHI F., *La ripartizione intersoggettiva degli obblighi prevenzionistici*, in GALANTINO (a cura di), *La sicurezza del lavoro. Commento ai decreti legislativi 19 settembre 1994, n. 626 e 19 marzo 1996, n. 242*, Giuffrè, Milano, 1996, 121.

che rileva in questa sede è che era stata cancellata la vecchia figura del medico di fabbrica, il quale, esercitando contemporaneamente funzioni di prevenzione a tutela dei lavoratori e funzioni di controllo a tutela di interessi imprenditoriali, faceva dubitare della sua imparzialità rispetto alla stessa sorveglianza sanitaria. Ma proprio questa distinzione, come si vedrà, si è affievolita con i numerosi compiti di controllo della salute dei lavoratori che nel tempo sono stati attribuiti al medico competente.

La figura di quest'ultimo, infatti, era stata disciplinata dal D. lgs. 15 agosto 1991, n. 277, di attuazione di cinque direttive comunitarie<sup>3</sup>, che ne individuava nozione ed attribuzioni. In base all'art. 3 del decreto il medico competente era un medico in possesso di particolari specializzazioni o di determinate docenze o libere docenze<sup>4</sup>, “ove possibile” dipendente dal servizio sanitario nazionale e proprio con riguardo al favore rispetto all'appartenenza del medico competente alla struttura pubblica, si era sottolineato come la stessa tendesse a togliere dubbi sulla legittimità del medico di fabbrica<sup>5</sup>.

L'art. 7 affidava a lui il controllo sullo stato di salute dei lavoratori sottoposti agli agenti indicati nell'art. 1, co. 1 dello stesso decreto ed il compito di istituire ed aggiornare una cartella sanitaria e di rischio per ognuno di essi. Inoltre era il medico competente ad esprimere giudizi sull'idoneità specifica al lavoro, a fornire informazioni sui controlli sanitari ai lavoratori, a partecipare alla programmazione del controllo dell'esposizione dei lavoratori.

<sup>3</sup> Si tratta delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro.

<sup>4</sup> La norma faceva riferimento: a) ad una specializzazione in medicina del lavoro, o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, o in tossicologia industriale, oppure altra specializzazione equipollente; b) a docenza o libera docenza nelle stesse discipline di cui al punto a), oppure in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro. Peraltro, l'art. 55 dello stesso decreto aveva disposto - attuando così una vera e propria sanatoria sul punto - che i medici che non risultassero in possesso di uno di questi titoli, ma che alla data di entrata in vigore del decreto avessero svolto attività di medico del lavoro per almeno quattro anni, fossero autorizzati ad esercitare le funzioni di medico competente.

<sup>5</sup> GUARINIELLO F., *Il nuovo decreto sulla sicurezza del lavoro*, in *DPL*, 1991, 2485.

Come si è detto, il decreto n. 626 si inseriva su questi precedenti legislativi, definendo nuovamente la nozione di medico competente ed assegnando a questo una serie di attribuzioni che si sono sovrapposte a quelle individuate in precedenza.

La nozione di medico competente fornita dall'art. 2, co. 1, lett. d, del D. lgs. n. 626 coincideva sostanzialmente, per quel che riguarda i titoli individuati come requisiti, con quella contenuta nel D. lgs. n. 277<sup>6</sup>. Invece la differenza profonda tra le due discipline era quella relativa all'eventuale appartenenza del medico ad una struttura pubblica. Come si è detto, infatti, il D. lgs. n. 277 imponeva al datore di lavoro di designare quale medico competente, "ove possibile", un medico dipendente dal servizio sanitario nazionale e di conseguenza il datore di lavoro poteva ricorrere a medici privati solo quando non fosse possibile altrimenti. Il d. lgs. n. 626, viceversa, aveva ribaltato questa impostazione in quanto il medico competente poteva essere indifferentemente, secondo il disposto dell'art. 17, co. 5, dipendente da una struttura esterna pubblica o privata convenzionata con l'imprenditore per lo svolgimento dei compiti di sorveglianza sanitaria, oppure libero professionista, o, addirittura, dipendente dello stesso datore di lavoro.

L'unica limitazione alla designazione del medico competente era quella individuata dal co. 7 dello stesso art. 17, il quale impediva al medico dipendente da una struttura pubblica di svolgere l'attività di medico competente qualora la struttura alla quale egli appartiene sia chiamata a svolgere attività di vigilanza. Ciò trovava giustificazione nella volontà di tener distinte le funzioni di sorveglianza sanitaria da quelle di controllo sulla stessa, ma questa legittima preoccupazione finiva per comportare la conseguenza concreta dell'impossibilità di designare come medico competente un medico dipendente dall'USL

---

<sup>6</sup> Si tratta, infatti, di un medico in possesso di uno degli stessi titoli indicati dalla normativa precedente, ai quali si aggiungono espressamente le specializzazioni in igiene industriale, o in fisiologia ed igiene del lavoro, o in clinica del lavoro o in altre specializzazioni individuate "ove necessario" con decreto del ministro della sanità di concerto con quello dell'Università.

che, sulla base della competenza territoriale, svolga attività di vigilanza.

**2. La professionalità richiesta al medico competente.** Ora con riferimento al medico competente il testo unico in materia di sicurezza - il d. lgs. 9 aprile 2008, n. 81 - non si limita a prevedere il possesso di particolari specializzazioni, ma impone percorsi di aggiornamento compresi quelli che, del resto, sono ormai divenuti obbligatori pressoché in tutte le libere professioni.

Già in attesa del testo unico, si era messo in evidenza come s'imponesse la previsione di regole generali sui requisiti oltre che sulle attribuzioni del medico competente, alla luce di un impegno di fondamentale rilevanza se si voglia "tener conto della mutate e mutevoli forme di organizzazione del lavoro, nonché dei criteri e delle linee-guida elaborate dalle scienze umane e mediche più avanzate"<sup>7</sup>.

Per quello che riguarda le specializzazioni richieste l'elenco è abbastanza ristretto e rispetto alla disciplina precedente si tratta di un elenco tassativo, giacché prima poteva essere ampliato con decreto del Ministro della sanità di concerto con quello dell'Università<sup>8</sup>. La disposizione attuale richiede la specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, oppure la "docenza" (da intendersi come libera docenza) in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro.

Possono svolgere l'attività di medico competente anche gli specializzati in igiene e medicina preventiva o in medicina legale che frequentino appositi percorsi formativi universitari da definire con decreto del Ministero dell'università di concerto con il Ministero della salute; in via transitoria sono stati abilitati ad esercitare la sorveglianza sanitaria indipendentemente da tali corsi, coloro che alla data di entrata

---

<sup>7</sup> MONTUSCHI L., *Verso il testo unico sulla sicurezza del lavoro*, in *DLRI*, 2007, 799 ss. e spec. 803.

<sup>8</sup> Era stata una modifica introdotta all'art. 2, co. 1 lett. d), n. 1 dal D.L. 402 del 2001, convertiti dalla L. 1 del 2002.

in vigore del d. lgs. 81<sup>9</sup> avessero svolto l'attività di medico competente o avessero dimostrato di averla svolta per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del decreto. Inoltre, alla luce del d. lgs. 81 – come già per il d. lgs. n. 626 del 1994 – si applica la sostanziale sanatoria per il pregresso contenuta nell'art. 55 del d. lgs. 15 agosto 1991, n. 277, in base alla quale costituiva titolo per esercitare la sorveglianza sanitaria l'autorizzazione ad esercitare le funzioni di medico competente conferita dall'assessorato regionale a coloro che, pur non in possesso dei titoli richiesti dalla legge, avessero svolto attività di medico del lavoro per almeno quattro anni al momento dell'entrata in vigore del decreto.

Il decreto correttivo del 2009 ha poi aggiunto una lettera *d-bis*) che ammette all'esercizio della sorveglianza sanitaria i medici che per almeno 4 anni abbiano svolto la loro attività nel settore del lavoro con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei Carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza. Si tratta in sostanza di autorizzare le Forze armate e la Polizia di Stato ad utilizzare, per la sorveglianza sanitaria sui propri dipendenti, i loro medici, indipendentemente dal possesso di specializzazioni ma con almeno quattro anni di esperienza nella materia del lavoro.

Questa norma è stata scritta senza alcun riferimento temporale: non si tratta, cioè, di una disposizione transitoria ma pare autorizzare in via definitiva a svolgere l'attività di medico competente i medici di Forze Armate e Polizia, anche non specialisti, dopo quattro anni di attività come medici del lavoro. Bisogna rilevare, tuttavia, che per questo aspetto la norma pone non pochi problemi di legittimità in quanto pare esonerare “a regime” i medici competenti di Forze Armate e Polizia dall'assoggettamento alla disciplina generale. Da questo punto di vista si crea un ingiustificata ridotta tutela per il personale delle Forze armate e della Polizia in quanto la sorveglianza sullo stato di salute di questi lavoratori e in generale tutto ciò che compete al medico competente viene affidato dalla disposizione in commento a

---

<sup>9</sup> Cioè il 15 maggio 2008.

professionisti privi di adeguati requisiti di specializzazione, ai quali peraltro è precluso lo svolgimento dell'attività di medico competente al di fuori del loro settore di appartenenza <sup>10</sup>. Se poi s'interpretasse la norma nel senso di autorizzare in generale l'attività di medico competente per tutti i medici di Forze armate e Polizia che abbiano lavorato per almeno 4 anni nel settore del lavoro, se ne dovrebbe dedurre che si verrebbe a creare comunque un'irragionevole disparità di trattamento, questa volta tra questi medici e tutti gli altri.

Tutti i medici competenti sono peraltro obbligati all'aggiornamento continuo previsto per la professione medica dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del decreto in commento. Si dispone inoltre che i crediti previsti dal programma triennale siano conseguiti per almeno il 70 per cento in medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro.

La disposizione fa evidente riferimento agli obblighi di formazione continua previsti per i medici dal d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 sul riordino della disciplina in materia sanitaria <sup>11</sup>, che tra l'altro affida alla Commissione nazionale per la formazione continua, sentita la Conferenza Stato-Regioni, la programmazione pluriennale degli obiettivi formativi di interesse nazionale e la definizione dei crediti formativi che devono essere maturati dai medici.

I medici in possesso dei titoli e dei requisiti prescritti per lo svolgimento della sorveglianza sanitaria sono iscritti nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute con il D.M. 4 marzo 2009.

**3. L'attività del medico competente.** Il d. lgs. n. 81 distingue in articoli separati lo svolgimento dell'attività di medico competente

---

<sup>10</sup> "...con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma deicarabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza..." recita la norma.

<sup>11</sup> A sua volta modificato dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 richiamato dal decreto n. 81.

- e cioè i modi del suo operato - dal contenuto della sorveglianza sanitaria <sup>12</sup>.

La regolamentazione dell'attività del medico competente si apre con un rinvio ai principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH). Questa è un'organizzazione professionale di natura privatistica, i cui scopi sono la promozione del progresso scientifico, della conoscenza e dello sviluppo della salute e della sicurezza in tutti i suoi aspetti. Fu fondata a Milano più di un secolo fa, oggi è tra le Organizzazioni non governative riconosciute dall'ONU ed attualmente la sua segreteria si trova in Italia presso l'ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro), a sua volta ente di diritto pubblico ed organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ed in generale di sicurezza sul lavoro <sup>13</sup>.

Attraverso il richiamo contenuto nella norma, un Codice etico che avrebbe natura di atto di autoregolamentazione di una categoria professionale, acquista valore di diritto obiettivo per il nostro ordinamento e così vincola i medici competenti prima di tutto alla sua conoscenza e poi alla sua osservanza.

Per il resto non si evidenziano notevoli modifiche rispetto alla disciplina precedente.

Innanzitutto viene ribadito che il medico competente può essere indifferentemente dipendente o collaboratore da una struttura esterna pubblica o privata convenzionata con l'imprenditore per lo svolgimento dei compiti di sorveglianza sanitaria, oppure libero professionista o, ancora, dipendente dello stesso datore di lavoro e resta, quale unica limitazione alla designazione del medico, quella che impedisce al medico dipendente da una struttura pubblica di

---

<sup>12</sup> Sugli obblighi del medico competente un interessante contributo è quello di TULLINI P, *La responsabilità civile del medico competente verso l'azienda*, in RIDL, 2002, I, 219 ss.

<sup>13</sup> Il Codice etico dell'ICOH, adottato nel 2002, è scaricabile dal sito Internet dell'organizzazione alla pagina [http://www.icohweb.org/site\\_new/ico\\_core\\_documents.asp#](http://www.icohweb.org/site_new/ico_core_documents.asp#)

svolgere l'attività di medico competente qualora la struttura alla quale egli appartiene sia chiamata a svolgere attività di vigilanza. Su questo punto, peraltro, la norma del d. lgs. n. 81 si differenzia dalla precedente perché precisa che tale limitazione si applica con riferimento all'intero territorio nazionale; si tratta di una disposizione di cui non si riesce a cogliere con esattezza il significato, in quanto probabilmente sarebbe stato sufficiente far riferimento allo stesso ambito territoriale per evitare la sovrapposizione tra sorveglianza sanitaria ed attività ispettiva e di controllo.

Il co. 4 dell'art. 39, inoltre, pone come specifico obbligo in capo al datore di lavoro la creazione delle condizioni necessarie per lo svolgimento della sua attività in modo da garantirne l'autonomia. Quest'ultimo riferimento potrebbe sembrare in parziale contrasto con il successivo comma che riconosce al medico competente la facoltà di avvalersi della collaborazione di altri specialisti a fini diagnostici "scelti in accordo con il datore di lavoro". Tuttavia, proprio il riconoscimento e la garanzia dell'autonomia del medico competente deve indurre a ritenere che l'accordo non si riferisca al tipo di specializzazione individuato ma esclusivamente alla persona fisica del consulente scelto: poiché è il datore di lavoro a sopportare l'onere economico di queste consulente è opportuno che la scelta personale sia condivisa. Tutto questo dovrebbe valere, ad avviso di chi scrive, salvo che il medico competente adduca particolari competenze professionali di un determinato specialista e la necessità di richiedere quel particolare intervento nel caso specifico: in questa ipotesi l'autonomia professionale del medico competente dovrebbe prevalere sull'aspetto economico.

Infine è prevista l'ipotesi delle aziende con più unità produttive e dei gruppi d'impresе, nella quale il datore di lavoro può nominare più medici competenti ed affidare ad uno di loro le funzioni di coordinamento. Peraltro questa facoltà è di carattere generale perché viene riconosciuta al datore di lavoro ogni volta che lui stesso ne evidenzi la necessità.

**4. I contenuti della sorveglianza sanitaria.** La sorveglianza sanitaria è definita dalla lett. m) dell'art. 2 del testo unico come l'insieme “degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa”. Essa, in sostanza, corrisponde all'obbligo di tenere sotto controllo la salute di quei lavoratori che per la loro attività siano particolarmente esposti a rischio in quanto soggetti ad agenti fisici, chimici, biologici o ergonomici in grado d'incidere negativamente sul loro stato di salute .

La norma dell'art. 41 – come già accadeva per l'art. 16 del d. lgs. n. 626 – rinvia alla “normativa vigente” per l'individuazione dei lavoratori da sottoporre obbligatoriamente a sorveglianza sanitaria. Come si è detto, la normativa che individua le attività per le quali sottopone i lavoratori a sorveglianza sanitaria è frammentata ed il d. lgs. n. 81 tende ora ad un riordino complessivo della materia imponendo la sorveglianza sanitaria in una serie di attività <sup>14</sup>.

Peraltro la norma estende l'obbligo della sorveglianza sanitaria ad altre ipotesi. La prima attribuisce alla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro istituita dall'art. 6, la facoltà di indicare ulteriori ipotesi di assoggettamento a sorveglianza sanitaria; la seconda, invece, è relativa all'ipotesi che ne faccia espressa richiesta il lavoratore, sempre che il medico competente ritenga che tale richiesta sia coerente (“correlata” è l'espressione usata dal legislatore) con i rischi lavorativi cui è esposto lo stesso lavoratore <sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Si tratta dei lavori che prevedono l'uso di videoterminali (art. 176), che espongono ad agenti fisici (art. 185), a rumore (art. 196), a vibrazioni (art. 204), a campi elettromagnetici (art. 211), a radiazioni ottiche artificiali (art. 218), ad agenti chimici (art. 229), ad agenti cancerogeni e mutageni (Capo II, sez. III), all'amianto (art. 259) e ad agenti biologici (Titolo III, capo X).

<sup>15</sup> Non è chiaro in che modo vada applicata la norma allorché in un determinato contesto lavorativo manchi del tutto la designazione di un medico competente in considerazione dell'attività esercitata.

Quanto al contenuto della sorveglianza sanitaria esso è molto ampio e crea – come si dirà – non pochi problemi di coordinamento con altre disposizioni di legge.

Infatti il co. 2 dell'art. 41 individua come atti del medico competente la visita medica preventiva per verificare l'idoneità del lavoratore alla mansione specifica e le visite mediche periodiche per controllare lo stato di salute dei lavoratori e la conservazione di tale idoneità. La periodicità delle visite è stabilita con cadenza almeno annuale <sup>16</sup>, salvo che lo stesso medico competente decida di assoggettare il lavoratore a visite mediche più ravvicinate nel tempo o che tale maggiore frequenza venga decisa dall'organo di vigilanza individuato dall'art. 13 e di solito rappresentato dalle Aziende sanitarie locali.

Inoltre la sorveglianza sanitaria comprende le visite effettuate su richiesta del lavoratore, quando il medico competente ritenga tale richiesta coerente con i rischi professionali e con le condizioni di salute del lavoratore se sono suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta <sup>17</sup>e al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Proprio ai fini di una costante attenzione all'idoneità del lavoratore alla mansione specifica, la visita medica è prevista anche in occasione di ogni mutamento di mansione. Ulteriore previsione è quella che dispone la visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente.

Queste erano le previsioni originarie della norma, che coincidono sostanzialmente con quanto indicato dal d. lgs. n. 626 e che aveva dato luogo a critiche da parte di chi <sup>18</sup> paventava che la

---

<sup>16</sup> Secondo Cass. 28. 6. 2005 n. n. 24290 rientrano tra gli accertamenti periodici non solo quelli effettuati con una frequenza prestabilita, ma anche quelli decisi quando il medico competente o il datore di lavoro o il lavoratore stesso ne ravvisino la necessità, al fine di verificare lo stato di salute del lavoratore.

<sup>17</sup> Si tenga presente che la Cassazione (sentenza 13. 6. 2006, n. 20220) ha ritenuto sussistere la responsabilità del medico competente che, nonostante l'espressa richiesta del dipendente, aveva ommesso di predisporre gli accertamenti diagnostici necessari.

<sup>18</sup> ONTUSCHI L., *La sicurezza nei luoghi di lavoro ovvero l'arte del possibile*, in *LD*,

figura del medico competente potesse far ritornare alla luce quella del vecchio medico di fabbrica, che pareva definitivamente cancellata.

A questi contenuti della sorveglianza sanitaria il decreto correttivo n. 106 ha aggiunto ulteriori previsioni che hanno provocato un vivace dibattito in sede politica e sindacale. Infatti, abrogando l'esplicito divieto contenuto nel decreto originario, si è previsto che la sorveglianza sanitaria si estenda alle visite mediche pre-assuntive ed a quelle al rientro dal lavoro al termine di assenze per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità del lavoratore alla mansione. Tale estensione<sup>19</sup> è stata motivata politicamente dall'esigenza di semplificare una vicenda che avrebbe portato in ogni caso alla risoluzione del rapporto di lavoro. Infatti – si dice – il lavoratore assunto e risultato inidoneo alla mansione specifica durante la visita del medico competente potrebbe in ogni caso essere licenziato<sup>20</sup>.

Tuttavia è evidente che la possibilità di sottoporre a visita da parte del medico competente – cioè un medico legato al datore di lavoro da un rapporto di stretta collaborazione – un lavoratore aspirante ad una determinata occupazione crea gravi rischi di violazione dei principi di dignità che l'art. 5 della L. 20 maggio 1970, n. 300 aveva sancito con forza e che alla luce della normativa contenuta nel d. lgs. n. 626 si potevano considerare abbastanza protetti dalla preferenza attribuita alla scelta di medici competenti individuati in strutture pubbliche<sup>21</sup>. Qui, invece, il comma 2 *bis* precisa espressamente che le

---

1995, 409 ss. e BORTONE R., *La sorveglianza sanitaria*, in MONTUSCHI (a cura di), *Ambiente, salute e sicurezza*, Giappichelli, Torino, 1997, 151 ss.

<sup>19</sup> Che corrisponde anche ad un orientamento della Corte di Cassazione: v. la sentenza n. 26238 del 2.12.2005.

<sup>20</sup> V. le argomentazioni di Marino M. *Visite mediche preassuntive: la disciplina dopo l'abrogazione del divieto*, in *Guida al lavoro del Sole 24 ore*, 2009, n. 6.

<sup>21</sup> Si tenga presente che già in occasione del d. lgs. n. 626 erano emersi dubbi circa l'opportunità di prevedere la designazione, quale medico competente, di soggetti estranei alle strutture pubbliche o addirittura dipendenti del datore di lavoro: cfr. BASENGHI F., *La ripartizione intersoggettiva degli obblighi prevenzionistici*, in GALANTINO (a cura di), *La sicurezza del lavoro. Commento ai decreti legislativi 19 settembre 1994, n. 626 e 19 marzo 1996, n. 242*, Giuffrè, Milano, 1996, 108.

visite pre-assuntive che rientrano nella sorveglianza sanitaria possono essere svolte, a discrezione del datore di lavoro, sia dai dipartimenti di prevenzione delle ASL sia dal medico competente. E per quanto riguarda le strutture delle ASL viene precisato che in questo caso la visita può essere effettuata anche da un medico cui spettino i controlli in tema di sicurezza del lavoro e ciò in deroga al divieto posto nel precedente art. 39.

Dovrebbe comunque restare fermo il principio per cui il datore di lavoro può sottoporre a visita medica preventiva solo i lavoratori che voglia adibire a mansioni sottoposte a sorveglianza sanitaria e che pertanto, al momento della comunicazione al lavoratore della sottoposizione a visita medica, il datore sia tenuto a comunicare la mansione specifica cui intende adibire il lavoratore in caso di esito positivo della visita.

La norma, infatti, non ha abrogato l'art. 5 della L. n. 300 del 1970<sup>22</sup> e la sottoposizione alla visita medica da parte del medico competente risponde a finalità diverse da quelle disciplinate dallo statuto dei lavoratori. Queste ultime - si ribadisce - soddisfano un'esigenza di tutela degli interessi imprenditoriali del datore di lavoro, mentre la sorveglianza sanitaria ha come finalità la tutela della salute dei lavoratori. Ancora oggi questa distinzione funzionale deve essere la principale chiave interpretativa delle disposizioni con riferimento alle fattispecie concrete, anche se talvolta il confine diventa difficile da percepire soprattutto se si pensa alla verifica dell'idoneità del lavoratore alla mansione specifica<sup>23</sup>.

Le visite mediche sono in ogni caso vietate per accertare eventuali stati di gravidanza e in generale “negli altri casi vietati dalla

---

<sup>22</sup> Da questo punto di vista non si segnalano differenze rispetto al d. lgs. n. 626. Perciò v. FRANCO M., *La responsabilità del datore e del prestatore di lavoro in materia di sicurezza nel d. lgs. 19 settembre 1994, n. 626 (e successive modificazioni)*, in RIDL, 1996, I, 242 ss. e spec. 263 e BORTONE R., *La sorveglianza sanitaria*, cit., 151 ss.

<sup>23</sup> Una particolare cautela è necessaria con riferimento agli esami genetici: su questo punto v. TROJSI A., *Sulla tutela dell'identità genetica del lavoratore*, DLRI, 2008, 47 ss. e spec. 70 ss.

normativa vigente”. Un caso esplicito è quello della L. n. 135 del 2000 che vieta ogni tipo di controllo tendente ad accertare l’esistenza di un’infezione da virus HIV, ma la disposizione si può ritenere applicabile a tutte le visite mediche rivolte ad accertare elementi che contrastino con i divieti di discriminazione previsti nelle diverse fonti legislative in materia <sup>24</sup>, salvo che le visite non siano strettamente finalizzate alla verifica dell’idoneità alla mansione specifica.

Le visite mediche, effettuate a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente.

Infine, in un generale clima politico di contrasto all’uso di alcol e di stupefacenti, il decreto correttivo ha previsto che, nei casi ed alle condizioni previste dall’ordinamento, le visite si effettuino per verificare l’assenza di condizioni di dipendenza da alcol e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti. A questo fine la ridefinizione delle condizioni e delle modalità per l’accertamento della tossicodipendenza e della dipendenza da alcol è rinviata ad un accordo da adottare in sede di Conferenza Stato-Regioni, previa consultazione delle parti sociali, che si sarebbe dovuto raggiungere entro dicembre 2009.

Gli esiti di ogni visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all’art. 25 e nella quale il medico competente, in occasione di ogni visita, esprime il giudizio sull’idoneità del lavoratore alla mansione specifica <sup>25</sup>. Tale giudizio deve essere espresso in forma scritta ed il medico competente deve consegnarne copia al lavoratore ed al datore di lavoro.

Questa comunicazione scritta è la premessa di eventuali ricorsi, disciplinati dal d. lgs. senza modifiche rispetto alla disciplina

---

<sup>24</sup> E per le quali si rinvia a BORTONE, *Discriminazione (divieti di)*, in *DIGESTO delle Discipline Privatistiche – Sezione Commerciale – Aggiornamento*, UTET, 2007, p. 349 ss.

<sup>25</sup> Tale giudizio può essere di idoneità; d’idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni; d’inidoneità temporanea; d’inidoneità permanente. Nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea vanno precisati i limiti temporali di validità.

precedente: l'interessato (tanto il lavoratore quanto il datore di lavoro) può ricorrere all'organo di vigilanza territorialmente competente che dispone la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso dopo aver disposto eventuali ulteriori accertamenti. Il decreto correttivo ha chiarito che la possibilità di ricorrere all'organo di vigilanza si applica anche alle visite pre-assuntive autorizzate dallo stesso decreto.

### **5. Gli obblighi di comunicazione del medico competente.**

L'art. 40 del d. lgs. n. 81 disciplina la trasmissione dei dati in possesso del medico competente alle aziende sanitarie locali.

Come si sa, infatti, per una migliore cultura della sicurezza e per un'efficace prevenzione è indispensabile l'analisi epidemiologica, che ha come presupposto la raccolta dei dati. Per questo motivo la norma obbliga i medici competenti a trasmettere in via telematica, entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento, ai servizi competenti per territorio le informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, elaborate evidenziando le differenze di genere <sup>26</sup>.

Queste informazioni, aggregate a loro volta dalle ASL, sono trasmesse da Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano all'ISPESL che, come si è detto, rappresenta l'ente pubblico di riferimento in materia di sicurezza del lavoro.

Con il decreto correttivo è stato inserito il co. 2 *bis*, che prevede l'emanazione entro il 31 dicembre 2009<sup>27</sup> di un regolamento recante la normativa di dettaglio di questi obblighi di comunicazione. In effetti, la norma contenuta nei commi 1 e 2 non offriva margini di certezza e necessitava di precisazioni con riferimento a numerosi aspetti.

Prima di tutto non è chiaro quali siano i servizi competenti per territorio cui inoltrare le informazioni, né viene indicato il sistema

<sup>26</sup> I contenuti minimi di queste informazioni sono specificati nell'allegato 3B al testo unico, sostituito dal decreto correttivo e sono: i dati identificativi dell'azienda; i dati identificativi del medico competente; i rischi cui sono esposti i lavoratori; i protocolli sanitari adottati; gli infortuni denunciati; le malattie professionali segnalate; la tipologia dei giudizi di idoneità.

<sup>27</sup> Ma a tutt'oggi il regolamento non risulta emanato.

informativo da utilizzare. Tra l'altro giova ricordare la competenza concorrente delle Regioni sull'intera materia della sicurezza del lavoro alla cui piena autonomia spetta l'organizzazione amministrativa della sicurezza. Pertanto era quasi imprescindibile che nel prevedere in modo sufficiente il dettaglio degli obblighi d'informazione dal medico competente alla Regione e dalla Regione all'ISPESL, s'intervenisse prefigurando un'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Così, il comma inserito dal correttivo affida a tale intesa la definizione, "secondo criteri di semplicità e certezza", dei contenuti delle informazioni che il medico competente è obbligato a trasmettere<sup>28</sup> e della cartella sanitaria e di rischio nonché le modalità di trasformazione delle informazioni. Si deve segnalare, tuttavia, che il contenuto della cartella sanitaria e di rischio appare già sufficientemente dettagliato nell'allegato 3°, peraltro sostituito proprio dall'art. 149, co. 1, del d. lgs. n. 106 del 2009.

Resta infine da dire che il decreto correttivo non dispone circa le informazioni che Regioni e Province autonome sono tenute a trasmettere all'ISPESL e di conseguenza è presumibile che si vada verso un'ulteriore intesa tra questi soggetti per definire in concreto i protocolli di trasmissione delle informazioni.

---

<sup>28</sup> E che, come si è detto, sono indicati solo negli aspetti minimi dall'allegato 3B, come riformulato dal decreto correttivo.

# **THE “MEDICAL SURVEILLANCE” IN THE ITALIAN DELEGATED LAW ON SAFETY AT WORK**

## **ABSTRACT**

Both at Italian and European Union levels, workplace security regulations require employers to guarantee continuous “medical surveillance” of workers who are exposed to high risk situations.

In Italy, Delegated Law No. 81 of 2008 – “Testo unico sulla sicurezza”, which includes and supersedes all previous laws on the subject, establishes a standard of professional competence with which the doctor responsible for the medical surveillance must comply, and regulates the preventive measures the doctor must oversee in order to adequately protect workers’ health and prevent the development of illnesses and pathologies caused by exposure to the high risks.

**KEYWORDS:** Safety at Work. Medical Surveillance. Workers’ Health.

